

京都府公立学校教職員採用時健康診断業務仕様書(新規採用者)

令和３年度京都府公立学校教職員新規採用予定者に係る採用時健康診断を次のとおり実施する。

1 業務の名称

令和３年度京都府公立学校教職員採用時健康診断業務（新規採用者）

2 業務の内容

対 象 者	京都府公立学校教職員新規採用予定者
予 定 数 量	４９３人
実 施 方 法	<p>京都府（以下「甲」という。）が指定する対象者に対して、本業務受託者（以下「乙」という。）は、法令に定める健康診断を実施する。</p> <p>乙は、乙が設置する検診施設又は甲乙調整して設定する会場において行う健康診断（以下「施設検診」という。）を行うものとする。</p> <p>ただし、京都府北部地域(綾部市、福知山市以北)の対象者に対しては、当該地域に所在する施設における施設検診又は甲が設定する当該地域に所在する会場において行う健康診断（以下「出張検診」という。）を行うものとする。</p>
実施日程及び実施会場	原則として令和３年１月の期間内で甲と乙が調整の上、日程及び実施会場を決定する。
検 診 項 目	<p>○既往歴、業務歴の調査</p> <p>○自覚症状及び他覚症状の有無の検査</p> <p>○内科診察</p> <p>○身体計測（身長、体重、腹囲）</p> <p>○視力検査</p> <p>○聴力検査</p> <p>○胸部X線検査（直接撮影）</p> <p>○血圧測定</p> <p>○尿検査（糖、蛋白及び潜血）</p> <p>○貧血検査（血色素量、赤血球数）</p> <p>○肝機能検査（G O T、G P T、γ-G T P）</p> <p>○血中脂質検査（HDLコレステロール、LDLコレステロール、血清トリグリセライド）</p> <p>○血糖検査（空腹時か食後かを確認すること）</p> <p>○心電図検査</p>
検 診 結 果	別途指定する日までに検査結果及び名簿等の資料を提出すること。
再検査等の通知	検診の結果、再検査、精密検査を要すると認められる者に対して検査結果の通知及び再検査の通知を行うこと。
実 施 報 告	「健康診断等実施報告書」に必要書類を添えて提出すること。

(1)事業の流れ

- ア 日程調整
- イ 検診の実施（うち、1日は北部地域で検診）
- ウ 再検査等の通知
- エ 受診結果・名簿等必要な資料の提出
- オ 実施報告
- カ 費用請求

(2)事業の実施方法

ア 日程調整について

乙は、甲と調整のうえ、別途指定する期間内に健康診断を実施するものとし、実施日程を甲に通知するものとする。

乙は、予定人数を検診するために十分な日数及び体制を確保すること。また、京都府北部地域における検診は、出張検診の場合は1日、施設検診の場合は必要な日数を確保すること。

イ 検診の実施について

甲は対象者に健康診断の実施を通知し、健康診断書の様式を交付するとともに、対象者情報を乙に提供する。対象者情報は、別紙に記載する項目とする。

乙は、甲が作成した対象者情報と照合のうえ、健康診断書の様式を持参した対象者に対して健康診断を実施するものとする。

なお、事前に甲の承認を得なければ異なる様式を使用することはできない。

受診当日、健康診断書の様式を持参しなかった対象者に対しては受付において、氏名、受験番号等で対象者であることを確認の上、健康診断を行うこと。また、当初予定していた受診予定地域以外でも受診できるものとする。

ウ 再検査等の通知

検診の結果、再検査、精密検査を要すると認められる者に対して、検査結果の通知及び再検査、精密検査の通知を行うこと。

エ 検診結果・名簿等必要な資料の提出について

乙は、検査結果及び名簿等必要な資料（別紙による。）を甲に提出する。提出期限は、別途指定する。

オ 実施報告について

乙は、検診業務を完了したときは、速やかに、「健康診断等実施報告書」に受診者名簿（受験番号、氏名、受診日、受診場所）を添付の上、甲に提出すること。

カ 費用請求について

乙は、書面により、費用を請求するものとする。

請求金額は、健康診断1人あたりの契約単価に受診人数を乗じて得た額に100分の110を乗じた額とする。また、請求する額に1円未満の端数があるときは、その端数を切り捨てるものとする。

検診実施に係る経費の他、出張検診に要する旅費及び乙からの通知発送等に係る経費は乙の負担とする。

出張検診の際及び乙が設置する検診施設以外の会場使用に係る経費は甲の負担とする。

キ 留意事項

乙は、出張検診の実施にあたり以下のことに留意するものとする。

検 診 前	<p>検診の実施に先立ち、会場責任者に連絡を取り、検診に必要なスペース等について調整し、円滑な検診が行えるよう準備すること。</p> <p>駐車場の確保が必要な場合は、台数・車の大きさ・担当者を事前に会場担当者に報告すること。</p> <p>なお、検診実施会場内に駐車スペースが確保できない場合は、乙が検診の実施に適切な駐車スペースを確保するものとする。</p> <p>検診を受診する際の定型的な順路をあらかじめ定め、受診者に検査や計測の順序を明示すること。</p>
検 診 時 及 検 診 後	<p>受付及び会場設営等は乙が行うこと。</p> <p>血圧については、別途指示する値が出た場合再度計測すること。</p> <p>問診や腹囲の計測にあたっては、プライバシーの確保ができる状況で実施すること。</p> <p>事故がないよう十分に配慮し、万一事故が発生した場合は各会場担当者及び教職員人事課に直ちに口頭で連絡するとともに、遅滞なく書面にて報告すること。</p> <p>待ち時間の短縮及び検診の円滑な実施に努め、受診者からの苦情に対しては、誠実に対応するとともに、苦情内容を会場担当者に報告すること。</p> <p>検診終了後、各会場担当者に検診終了について報告するとともに、検診開始時刻、終了時刻、受診者数について、甲に報告すること。</p>

(3) 契約期間

契約締結日から令和3年3月1日まで

3 その他

この仕様書に定めのない事項は、甲及び乙が協議して定める。

(別紙)

対象者情報	<p>対象者情報は以下の内容とする。</p> <ul style="list-style-type: none">・ 受験番号（数字 6 桁）（例：100001）・ カナ氏名・ 漢字氏名・ 性別・ 生年月日
-------	---

提出資料	<p>○京都府公立学校教職員採用健康診断書（受診者全員）</p> <p>○胸部X線フィルム（有所見者のみ、後日返却） ※一般的に使用されるパソコンで取り扱うことのできるものであれば、電子媒体も可。</p> <p>○心電図（有所見者のみ、後日返却）</p> <p>○受診者・未受診者名簿（様式は任意、以下の情報を記載すること。）</p> <ul style="list-style-type: none">・ 受験番号・ カナ氏名・ 漢字氏名・ 性別・ 生年月日・ 受診日（未受診者は空白）・ 受診場所（未受診者は空白）・ 受診結果（再検査、精密検査の可否を記載）
------	--

健康診断等実施報告書

令和 年 月 日

京都府教育委員会教育長 様

住所
氏名
印

下記のとおり実施しましたので、報告します。

記

業務の名称		令和3年度京都府公立学校教職員採用時健康診断業務(新規採用者)			
実 績	施 設 検 診			出 張 検 診	
	期 日	令和 年 月 日～	令和 年 月 日	令和 年 月 日	
	実施会場				
	受診人数	人			人
	合 計	人			

京都府教職員採用時健康診断に係る再検査の判定基準について

1. 血圧

最高血圧 140 以上又は 90 以下、最低血圧 90 以上

2. 貧血検査

	男	女
赤血球数	399～	359～
血色素量	12.9～	10.7～

3. 肝機能検査

	男	女
GOT	45～	
GPT	40～	
γ-GTP	100～	60～

4. 高脂血検査

LDL コレステロール	140～
中性脂肪	300～

5. 血糖検査

空腹時	49 以下、116 以上
食後	49 以下、150 以上

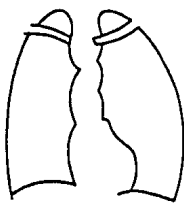
6. その他

1～5 に定めのないものについては、各検査機関の基準による。

京都府公立学校教職員採用健康診断書

診断実施日 令和 年 月 日

京都府教育委員会

受 験 番 号		名簿登載校種・教科等	
ふりがな		性 別	生年月日
氏 名			昭和 年 月 日生 平成 満 歳
住 所		〒 TEL ()	
職 歴		血 圧	最高 最低 mmHg
既 往 歴		な し、あ り ()	
自 覚 症 状		な し、あ り ()	心 電 図 (12誘導)
他 覚 症 状			所 見
身 長		・ cm	貧 血 血 色 素 量 g/dl
体 重		・ kg	赤 血 球 数 万/mm ³
腹 囲		・ cm	G O T IU/I
B M I			G P T IU/I
視 力		右	・ (・)
		左	・ (・)
		両眼	・ (・)
聴 力		1000Hz	1 所見なし 2 所見あり
		4000Hz	1 所見なし 2 所見あり
		1000Hz	1 所見なし 2 所見あり
		4000Hz	1 所見なし 2 所見あり
胸 部 エックス線 所 見		血 中 脂 質 検 査	LDLコレステロール mg/dl
			HDLコレステロール mg/dl
		糖 尿 病 検 査	空腹時、食後 (どちらかに○印を付すこと) mg/dl
		糖 尿 病 検 査	糖 尿 病 検 査
直 接 No. _____ 		尿 検 査	糖 尿 病 検 査
			糖 尿 病 検 査
			糖 尿 病 検 査
			糖 尿 病 検 査
上記のとおり診断します。		医 療 機 関 名	
		令 和 年 月 日 医 師 氏 名	⑩
		「診断日」と「診断実施日」が同日の場合は上記「診断日」のみ記入してください。	
		※ 疾病専門家会議所見	

注 1 すべての診断項目について、必ず診断を受けること。
 2 視力検査の結果、裸眼視力0.8以下の者については()内に矯正視力を記入すること。
 3 血圧、最高140mmHg以上又は90mmHg以下、最低90mmHg以上のもの及び尿、その他検査において異常が認められた場合は、再検査を実施し、その結果を記入すること。また、再検の結果、さらに異常が認められた場合は、必ず精密検査を受けその結果についても、併せて提出すること。
 4 ※欄は記入しないこと。